

<sup>TM</sup>Nazwisko i imię członka .....

Adres zamieszkania .....

Miejsce pracy .....

## Do MKZP w WEJHEROWIE

### Wniosek o całkowite wycofanie wkładów

Proszę o całkowite wycofanie wkładów, zgodnie z regulaminem MKZP,

w sposób: na nr konta\* /w kasie .....

.....  
(data) (podpis)

\*niepotrzebne skreślić

#### WYRAŻENIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku (RODO). Jestem świadomy, iż Administratorem moich danych osobowych jest MKZP. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku z członkostwem w MKZP. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z MKZP, takim jak np.: dostawcy systemów informatycznych, organ prowadzący, placówka macierzysta członka. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu. Mam prawo do wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego w zakresie ochrony danych osobowych, gdy uznaję, iż przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących narusza przepisy RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do uzyskania członkostwa w MKZP. Wyrażam również zgodę na przesyłanie korespondencji mailowej i telefonicznej zgodnie z Ustawą z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2002 r. Nr 144 poz. 1204 z późn. zm.)

Miejscowość i data ..... własnoręczny podpis.....

Stwierdzam na podstawie ksiąg MKZP, że stan wkładów w/w wnioskodawcy

Niespłacone zobowiązania na dzień ..... wynosi .....zł

na dzień ..... wynosi .....zł

....., dnia .....  
(miejsce) (data) (księgowy MKZP)

### Decyzja zarządu MKZP

Zarząd MKZP na posiedzeniu w dniu ..... 20.... roku, postanowił wypłacić wkłady

Panu /Pani ..... w kwocie ..... zł. w terminie do dnia .....

.....  
(Zarząd MKZP)

Kwotę ..... zł. ( słownie złotych.....)

Otrzymałem/ łam /przekazano/ w dniu .....

.....  
(podpis wypłacającego )

.....  
(podpis otrzymującego lub księgowego)

Zaksięgowano dnia ..... Nr dowodu ..... Nr ewidencyjny .....

.....  
( podpis )